

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Joseph GASTON

né à l'île d'Yeu, (département de la Vendée), le 16 Juin 1867

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes. Lauréat de l'Ecole de Médecine de Nantes, Prix de Clinique 1892. Membre de la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE CAS DE

HERNIES OMBILICALES ADHÉRENTES

Président : M. DUPLAY.

Juges : MM. { TARNIER, professeur.
BRUN et MENÉTRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Joseph GASTON

né à l'Île d'Yeu, (département de la Vendée), le 16 Juin 1867

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes. Lauréat de l'Ecole de Médecine de Nantes, Prix de Clinique 1892. Membre de la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE CAS DE

HERNIES OMBILICALES ADHÉRENTES

Président : M. DUPLAY.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
BRUN et MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LE CAS DE
HERNIES OMBILICALES ADHÉRENTES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0047

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS PARENTS

—
A MON PÈRE

—
A MA MÈRE

—
A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

—
A MON ONCLE, A MES TANTES

—
A MA FAMILLE

—
A MES AMIS

A mon Président de Thèse,
M. LE PROFESSEUR DUPLAY

A mon Excellent Maître,
M. LE DOCTEUR DE LARABRIE
Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes

A M. LE DOCTEUR LAENNEC
Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes.

A MES MAITRES,
MM. les Professeurs de l'Ecole de Médecine
de Nantes

A MM. LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS
des Hôpitaux de Nantes

AVANT-PROPOS

En tout temps, les chirurgiens ont été plus réservés en ce qui concerne l'intervention dans les hernies ombilicales en général.

« Aujourd'hui encore, dit M. Lucas-Championnière, les opérations faites pour ce genre de hernies, inspirent de la terreur aux malades et surtout aux médecins ». C'est dans l'anatomie de la région ombilicale qu'il convient de chercher la principale cause de cette réserve. Le bistouri dans le cas d'opération pour tumeur herniaire de l'ombilic tombe en plein centre péritonéal ; avec un pareil point de départ, l'infection peut s'irradier avec la plus grande facilité ; aussi le chirurgien vient-il à commettre une faute contre l'antisepsie, il en résulte bien vite une péritonite généralisée, promptement mortelle. Un tel accident est moins à craindre quand on attaque le péritoine dans ses parties déclives, comme dans le cas de hernies inguinales ou crurales.

Nous ne rentrerons pas ici dans de longues considérations anatomiques ; qu'il nous suffise de rappeler l'adhérence du péritoine au pourtour de l'anneau, son union intime avec la peau au centre de la cicatrice ombilicale, la surcharge graisseuse qui très souvent existe chez les individus portant une hernie de l'abdomen : de telles dispositions expliquent l'abstention des

anciens opérateurs et la réserve des chirurgiens actuels. Pourtant aujourd'hui, grâce aux modifications apportées au manuel opératoire, grâce aussi à la méthode antiseptique, on opère toujours les hernies ombilicales étranglées ; il n'en est pas de même quand il s'agit des hernies adhérentes : beaucoup de chirurgiens les considèrent encore comme un « *noli me tangere* ».

Nous nous proposons de chercher à démontrer que, même pour ces dernières, sauf quelques rares exceptions, l'intervention doit être la règle de conduite.

DIVISION DU SUJET

Dans un premier chapitre, après avoir fait l'historique de la kélotomie pour hernies ombilicales en général, nous montrerons que très souvent les chirurgiens ont préconisé l'abstention dans le cas de hernies ombilicales étranglées ; dans un second paragraphe, après avoir fait connaître quelle est, relativement aux hernies ombilicales adhérentes l'opinion des différents auteurs, nous terminerons cette première partie de notre travail en prouvant qu'à l'heure actuelle la réserve existe encore, quand il s'agit d'opérer la variété de hernies qui nous occupe.

Un second chapitre (1^{er}) traitera des indications et des contre indications de l'intervention chirurgicale, dans le cas de hernies ombilicales adhérentes :

Le 2^e énumérera les dangers auxquels l'abstention expose le malade.

Parler brièvement des divers procédés employés jusqu'alors, faire ressortir la nécessité de la cure radicale, décrire enfin l'omphalectomie, qui, à l'heure actuelle, doit être le procédé de choix, tel sera le but de notre dernier chapitre.

Quelques mots sur le pronostic de l'intervention avec ou sans omphalectomie précéderont nos observations cliniques et nos conclusions.

Nous sommes heureux d'adresser ici à notre

excellent maître, M. le professeur de Larabrie, auquel nous devons notre sujet de thèse, l'hommage de notre vive reconnaissance et nos plus sincères remerciements pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, pour les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant nos études médicales.

Nous ne saurions oublier M. le professeur Malherbe et M. le professeur Laennec, directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes, qu'ils veuillent bien recevoir l'assurance de notre entière gratitude.

M. le professeur Duplay a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions vivement et nous lui adressons nos plus respectueux hommages.

CHAPITRE I

De l'intervention pour hernie ombilicale en général, hernie ombilicale étranglée, hernie adhérente.

« Guérir radicalement les hernies, modifier les tissus au point de rendre toute récurrence impossible, est, dit M. le professeur Segond, un problème que se sont posés les chirurgiens de tous les temps ».

Les anciens qui considéraient la hernie comme une affection honteuse employèrent contre elle les moyens les plus variés. Celse, dans ses ouvrages, ne décrit pas moins de trois méthodes de cure radicale des hernies ombilicales :

Dans une première, l'opérateur, après avoir réduit l'intestin, plaçait deux ligatures autour du pédicule ; dans une seconde, il traversait le pédicule de deux fils venant se nouer chacun de leur côté ; dans une troisième, avant de pratiquer la ligature, le chirurgien ouvrait le sac, afin de se rendre compte de l'état de l'intestin. Ces trois procédés avaient pour but de mortifier la poche herniaire.

Cette ligne de conduite fut à peu près celle de tous les chirurgiens de l'antiquité : Oribase IV^e siècle, Paul d'Egine VII^e siècle, Aétius, Avicenne, Albucasis, Haliabbas, qui furent les principaux représentants de

l'école arabiste, opérèrent toutes les hernies réductibles tant inguinales qu'ombilicales. Leur manuel opératoire ne diffère de celui de Celse que par quelques points de détail.

Nous ne rappellerons pas ici le règne trop long des empiriques qui succéda à la déchéance de l'école de Paris ; nous arriverons de suite au XVI^e siècle. A cette époque avec Franco, Ambroise Paré pour la France, Fabrice Acquadapente pour l'Italie, se lève l'aurore d'une renaissance scientifique. Ambroise Paré décrit dans ses ouvrages l'opération employée de son temps ; effrayé sans doute par les mauvais résultats obtenus avant lui, cet illustre chirurgien n'osait pas ouvrir le sac herniaire pour en vérifier le contenu : après avoir réduit les viscères, lié solidement le pédicule, il excisait le sac au-dessus de la ligature. Cette méthode est, on le voit, celle de Celse. Elle fut en honneur jusqu'à la fin du XVII^e siècle. C'est alors que fut inventé le bandage d'acier ; les méthodes sanglantes n'eurent plus que de rares partisans, parmi lesquels il faut citer Saviard et Thévenin : ce dernier chirurgien indique quatre procédés de ligature pour hernie ombilicale.

Malgré Thévenin, la cure radicale est abandonnée de plus en plus : Dionis, Richter, J.-L. Petit, Garengeot s'en tiennent aux bandages. Au commencement du XIX^e siècle, il n'est guère que Desault à tenter la kélotomie, et encore ne la tente-t-il que sur des enfants. Dans ses œuvres chirurgicales publiées par Bichat, son procédé est ainsi décrit : « On pratique

d'abord la réduction des viscères, puis un aide fait autour de la base des enveloppes plusieurs circulaires avec un fil de lin ciré, etc. ; au bout de quelques jours, les parties liées tombent ; l'ulcère qui en résulte est pansé soigneusement et guérit en quelques jours, laissant l'ombilic assez résistant pour que la toux et les efforts imprimés aux muscles abdominaux n'y déterminent aucune impulsion. »

Les chirurgiens après Desault n'imitèrent pas sa manière de faire. Les sociétés de médecine de Lyon et de Paris condamnent les procédés sanglants pour la cure des hernies, le bandage est seul employé jusqu'en 1835.

A cette époque, Gerdy propose sa méthode d'invagination du sac dans le trajet herniaire. Malgré les efforts de ce chirurgien, malgré les travaux de Boinet, de Thierry, de Vidal de Cassis, de Wood, de Giralès, préconisant la cure sanglante, les bandages, à dater de 1848, restèrent, comme le dit Barrier (thèse de Paris 1888), les seuls maîtres du terrain. Il suffit de lire les ouvrages de Gosselin et de Malgaigne, pour se rendre compte du discrédit dans lequel tombèrent à cette époque tous les procédés de cure radicale préconisés jusqu'alors.

Il n'en est pas de même aujourd'hui. Depuis Charles Steale 1873, l'antiseptie a permis aux chirurgiens les plus grandes hardiesses ; les bandages relégués au second plan ont laissé la priorité aux méthodes sanglantes. Le procédé de Scwhalbe en Allemagne, de Luton en France, procédé qui consiste en

injections péri-herniaires, n'a donné que de médiocres résultats : il est aujourd'hui complètement délaissé.

Le cours historique que nous venons de faire, ne vise que les hernies ombilicales réductibles : il ne saurait en aucune façon s'adresser aux hernies ombilicales étranglées.

Si les chirurgiens de l'antiquité s'attaquèrent par le fer et par le feu aux petites hernies réductibles, aucun d'eux n'osa combattre chirurgicalement l'étranglement herniaire : un malade atteint d'un pareil accident était abandonné à son triste sort et presque infailliblement condamné à mourir. Ce n'est qu'au XVI^e siècle, que Franco tenta l'opération de la hernie étranglée. Sans vouloir ici discuter avec les auteurs du dictionnaire de médecine 1837, s'il faut attribuer à ce chirurgien, l'honneur d'un aussi grand progrès scientifique, nous dirons seulement que la première mention d'intervention pour hernie étranglée se trouve dans Franco. Quoiqu'il en soit, voici, d'après le dictionnaire médecine 1837, 15^e édition, comment intervenait ce chirurgien : « Pour opérer le débridement, il se servait d'un petit bâton plat d'un côté et rond de l'autre, destiné à conduire le bistouri, comme la sonde cannelée, employée par Ambroise Paré et usitée communément ensuite. La réduction était alors tentée sans l'incision du sac ; si cette réduction ne pouvait se faire, on ouvrait le sac soulevé par des crochets, et le bâton introduit par l'ouverture, guidait le bistouri. Les intestins mis à nu étaient repoussés petit à petit,

en commençant par les plus hauts vers le ventre ; on faisait ensuite une suture.

Après Franco et Amrboise Paré, la chirurgie herniaire ne fait, pendant longtemps, aucun progrès bien sérieux. Les opérateurs français du 16^e et 17^e siècle n'osent pas intervenir dans le cas d'étranglement herniaire. Il en est de même à l'étranger : Fabrizio, successeur de Fallopi, ne propose contre l'étranglement que les moyens ordinaires de réduction ; lorsqu'ils n'ont pas réussi, il donne le précepte « de secouer le malade par les pieds, après l'avoir préalablement couché sur le dos, la tête en bas et les pieds en haut ». En 1672, Bernard Genga s'élève contre le débridement décrit par Ambroise Paré, (*Anatomica, chirurgica*, Rome 1672, in-8) Fabrice de Hilden vante les bons effets des brayers et déconseille l'intervention sanglante. En 1777, (cours d'opération, page 92), Dionis soutient que l'opération pour étranglement herniaire ombilical ne réussit presque jamais ; aussi, conseillait-il au malade « de se passer plutôt de chemise que de bandage ».

Cette opinion prévalut jusqu'au commencement de notre siècle. A cette époque, les craintes professées jusqu'alors au sujet de la hernie ombilicale étranglée ne furent pas partagées par tous les chirurgiens : c'est ainsi que J.-L. Petit conseille l'intervention, quel que soit le siège de la tumeur. Pott et Lawrence, tout en attribuant à l'opération une extrême gravité, sont d'avis d'intervenir. Scarpa soutient que cette gravité est due aux temporisations ; il conseille d'agir le plus

promptement possible. Cooper et Boyer se rangent à l'opinion de Scarpa ; des interventions hâtives leur ont donné de nombreux succès.

Telles étaient sur ce sujet les idées généralement admises quand, en 1861, à la société de chirurgie, Huguier vint prétendre qu'il valait mieux s'abstenir que de pratiquer l'opération dans le cas de hernie ombilicale étranglée. Cette déclaration souleva de violentes protestations, de la part de Goyrand d'Aix principalement. Huguier y répondit en rappelant les insuccès de Dupuytren, de Richerand, de Gerdy, et en donnant la statistique suivante :

MM. Gosselin, 4 opérés, 4 morts.
son oncle, Jacquemin, 4 opérés, 1 succès.
Guersault, 2 opérés, 2 morts.
Broca, 2 opérés, 2 morts.
Demarquay, 4 opérés, 4 morts.
Giraldès, 2 opérés, 2 morts.
Deguise fils, 2 opérés, 2 morts,
Boinet, 2 opérés, 2 morts, par Samson.
Bauchet, 1 opéré, par Desprès, 1 mort.
Richet, 2 opérés, 1 mort.
Follin, 1 opéré, 1 guéri.

Cas où il n'a pas été fait d'opération :

MM. Boinet, 1 cas, 1 guérison.

Bauchet, 1 cas, 1 guérison	{ avec ou sans anus contre nature
Broca, 2 cas, 2 guérisons	

Pour justifier son opinion, Huguier fait connaître quelles sont pour lui les causes de la gravité excep-

tionnelle de la Kélotomie ombilicale. Il les divise en primitives ou anatomo pathologiques et consécutives ou opératoires. Dans une thèse de Paris 1880, Abel Loupie s'élève avec force contre les conclusions de Huguier ; nous n'avons pas à recommencer ce travail, nous ne saurions mieux faire que de conseiller au lecteur la thèse d'Abel Loupie.

Verneuil et Boinet se firent les défenseurs de Huguier ; Richet s'en déclara l'énergique adversaire. « Les causes, dit cet auteur, qui placent l'exomphale dans une situation défectueuse au point de vue de l'opération sont les suivantes : en premier ligne, le défaut de proportion du sac herniaire et des viscères résultant du peu d'épaisseur des téguments, les difficultés d'empêcher la pénétration dans l'abdomen des liquides sécrétés par le sac enflammé et enfin la nécessité presque absolue de faire porter l'incision du débridement sur le péritoine lui-même, ce qui expose à la propagation de l'inflammation au reste de la séreuse ». Richet, toutefois, pense qu'une opération *hâtive* et bien faite peu facilement obvier à ces inconvénients.

Après de violentes discussions, à la société de chirurgie, malgré les efforts de Richet, de Gosselin, qui, en 1865, dans ses leçons sur les hernies abdominales, essaya de réfuter les pessimistes exagérations de Huguier, la kélotomie ombilicale ne fut plus tentée par un grand nombre de chirurgiens. En 1869, deux thèses, l'une de Girodolle, l'autre de Lafon, toutes deux inspirées par Verneuil, résument les discussions

de la société de chirurgie et concluent en faveur de l'abstention.

A la suite d'une kélotomie ombilicale, faite avec succès par A. Desprès, la question fut reprise en 1875. Les théories de Huguier furent, dès lors, fortement battues en brèche : Verneuil en resta à peu près le seul défenseur convaincu ; ce n'est qu'en 1881, que cet auteur revint sur les opinions qu'il avait jusqu'alors professées. Aujourd'hui, l'abstention, dans le cas de hernie ombilicale étranglée, est condamnée par tous les chirurgiens ; tous reconnaissent qu'en présence d'un étranglement ombilical herniaire, il est parfaitement indiqué *d'intervenir activement et cela le plus tôt possible*.

L'accord n'est pas aussi unanime quand il s'agit d'une opération pour hernie ombilicale adhérente. Si, en 1881, à la société de chirurgie, séance du 5 janvier, Verneuil en s'appuyant sur les progrès de la chirurgie, admit enfin l'intervention dans le cas de petites hernies ombilicales étranglées, il se déclara partisan de l'abstention dans le cas de grosses hernies adhérentes. « Celles-ci, affirma-t-il, sont rebelles à la kélotomie ».

Maintenant encore, une grosse hernie adhérente vient-elle à présenter des phénomènes d'obstruction, un grand nombre de chirurgiens, effrayés des résultats déplorables que donne l'intervention pratiquée dans des conditions semblables, se contentent de recourir à des moyens illusoires, le taxis, les bains, les cataplasmes, les purgatifs : quelques-uns, après avoir perdu un temps précieux, se décident à une

intervention tardive qui, chez un malade *in extremis* ne saurait avoir une heureuse issue. Monsieur le docteur Boiffin a parfaitement mis ces faits en lumière; il les déplore avec juste raison.

Si cette ligne de conduite n'est pas actuellement la règle absolue, si quelques chirurgiens, Sænger, entre autres, ne craignent pas de s'attaquer avant la production de graves accidents aux hernies ombilicales adhérentes, il faut reconnaître que la plupart des opérateurs n'interviennent qu'après une dangereuse temporisation, quand ils ont la main forcée par la menace d'un dénoûment fatal.

Dans l'article (hernies ombilicales), du traité de chirurgie publié cette année, M. le professeur Berger garde la plus grande réserve : après avoir dit qu'il faut opérer les hernies ombilicales adhérentes déterminant des troubles fonctionnels, M. Berger fait des restrictions; il semble regretter sa hardiesse. « Les objections que l'on peut adresser à l'intervention pour hernies ombilicales adhérentes, sont, dit-il, fort sérieuses. L'opération de la cure radicale des grosses hernies ombilicales est souvent difficile, parfois même impossible à mener à bien en raison des adhérences qui unissent, non-seulement l'épiploon, mais le côlon transverse et son mésocôlon au sac et au pourtour de l'anneau ombilical; ...on ne saurait poser en règle générale l'opération des grosses hernies ombilicales irréductibles; elle présente trop de difficultés dans son exécution pour qu'on puisse l'entreprendre dans les conditions où elle se présente le plus souvent,

c'est-à-dire chez des femmes très grasses et ayant dépassé la période moyenne de l'existence ».

Cette réserve qu'exprime ainsi M. Berger, beaucoup d'opérateurs la partagent encore : aussi, à la fin de ce chapitre, nous est-il permis de conclure que si les chirurgiens de notre époque opèrent *toujours* les petites hernies ombilicales étranglées, ils n'agissent pas avec la même décision, quand il s'agit de grosses hernies ombilicales adhérentes.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications de l'intervention dans le cas de grosses hernies ombilicales adhérentes. — Dangers auxquels l'abstention expose le malade.

Au commencement de ce chapitre, nous tenons à dire que les réflexions qui vont suivre s'adresseront non-seulement aux grosses hernies ombilicales vraies sortant par l'anneau, mais aussi aux hernies adumbilicales de Gerdy et sus ombilicales de Gosselin, se faisant un passage à travers les interstices musculo-aponévrotiques voisines de l'anneau.

L'intervention pour hernies ombilicales adhérentes est, il faut le reconnaître, une intervention sérieuse : si les contre-indications sont devenues plus rares depuis les progrès de la chirurgie, il en existe encore.

En premier lieu, il ne convient pas d'opérer les malades d'un âge trop avancé ; nous rappellerons à ce propos l'opinion de Monsieur Lucas Championnière ; pour cet auteur, l'opération est dangereuse chez le vieillard ; il ne faut la faire que sur une indication pressante, surtout en présence d'accidents qui compromettent profondément la santé générale (Gazette des hopitaux 92, page 927). Chez les individus ayant

dépassé la période moyenne de la vie, le chirurgien doit agir avec la plus grande prudence. Monsieur Lucas Championnière conseille de n'intervenir qu'après la production d'accidents bien déterminés : douleurs, troubles digestifs, impossibilité de travail. Il est évident que ce chirurgien en parlant ainsi, ne pousse pas à une imprudente temporisation, à l'attente dangereuse de symptômes graves ; il n'ignore pas la statistique déplorable que donnent les interventions tardives.

Quand au volume de la hernie, une grosseur exagérée n'est à aucun point de vue une bonne indication ; si, dans ces conditions, le chirurgien peut encore obtenir d'excellents résultats, il trouve toujours devant lui des obstacles qu'il ne peut surmonter qu'avec beaucoup de peine.

La hernie ombilicale a, plus que toute autre, une tendance à l'accroissement. La plupart du temps les bandages sont illusoires et ne maintiennent que très imparfaitement les omphalocèles ; de cet accroissement progressif, résulte comme Sanger l'a démontré, la formation dans les loges du sac de hernies secondaires. Une telle disposition complique le manuel opératoire : le plus sage est donc d'opérer le plus vite possible. Si M. Lucas Championnière est intervenu avec succès chez une femme de 55 ans du poids de 210 livres et dont la hernie mesurait 78 centimètres de tour à la base pour 31 centimètres de hauteur, il a reconnu lui-même la gravité d'une telle opération et les difficultés de la mener à bien. Il est impossible de

fixer un chiffre, un volume limite qu'on ne devra pas dépasser ; cette détermination variera selon les circonstances. Quoiqu'il en soit, l'observation de M. Lucas Championnière, citée plus haut doit inspirer de la hardiesse aux chirurgiens : il est permis de croire que le volume exagéré de la tumeur n'est que rarement une importante contre indication.

Un mauvais état général du malade forcera bien plus souvent le chirurgien de s'abstenir : on doit laisser de côté les grands cachectiques, albuminuriques, diabétiques, tuberculeux ; toutefois en ce qui concerne les albuminuriques, il convient de faire des restrictions ; plusieurs opérations pratiquées chez des albuminuriques n'ont pas eu de suites fâcheuses : il en est de même pour les emphysémateux ; avec de la prudence on peut encore ici obtenir d'excellents résultats.

Quant aux diabétiques, M. Albert Vidal (Thèse de Lyon 1892) a démontré que les nouvelles méthodes chirurgicales ont sensiblement modifié pour cette classe de malades les indications opératoires : malgré la diathèse, les plaies pourront, grâce à une rigoureuse antiseptie se cicatriser sans le moindre accident. Un assez grand nombre d'observations recueillies dans le service de M. le professeur Poncet de Lyon, viennent à l'appui de cette théorie.

« Enfin, dit M. Lucas Championnière, il faut abandonner à leur sort certains hernieux qui font des hernies partout, dont la paroi abdominale s'effondre

en tous sens : on n'obtiendra rien de l'intervention chez ces types de hernieux. »

On voit, par cet exposé, que l'abstention n'est indiquée que dans des cas exceptionnels : en général l'intervention s'impose comme un devoir au chirurgien ; ne pas opérer, c'est laisser son malade exposé aux accidents les plus graves que nous allons passer en revue dans le paragraphe suivant.

« La hernie réductible est une infirmité doublée d'un danger dit M. le professeur Peyrot dans le manuel de pathologie externe des quatre agrégés. » Cette phrase peut s'appliquer à toute tumeur herniaire et en particulier aux grosses hernies ombilicales adhérentes. Il est vrai que l'on voit parfois des malades portant dans une poche herniaire la moitié et plus de leur intestin, vaquer sans trop de gêne à leurs occupations : les troubles digestifs sont nuls ; la santé générale reste bonne. Cette manière d'être est loin d'être la règle : le plus souvent ces malades condamnés au repos, dans l'impossibilité absolue de gagner leur vie ont à se plaindre de troubles digestifs, de flatulence, de douleurs lancinantes, de nausées comparables, dit Garnier, (thèse de Paris 1877), à l'impres-
sion produite par des tentatives de réduction ; les selles ne sont plus régulières ; à une diarrhée intense succède une constipation opiniâtre. Devant un fonctionnement aussi défectueux de l'appareil digestif, la nutrition se fait mal, les malades maigrissent, tombent souvent dans l'hypocondrie, deviennent un terrain de culture favorable au développement des germes mor-

bides. Il est certain que dans la plupart des cas, si par exception les accidents très graves dont nous allons parler épargnent les hernieux, ils meurent pourtant de leur hernie, cause de débilitation et de ruine anticipées pour l'organisme.

Ces incommodités, comme le dit Garnier, les troubles digestifs occasionnés par la tumeur herniaire sont donc capables d'entraîner à d'irrémédiables conséquences. Souvent aussi ils sont le prélude d'accidents bien plus sérieux contre lesquels l'intervention chirurgicale a trop fréquemment échoué : nous voulons parler de la péritonite herniaire et de l'obstruction intestinale qui dans bien des cas lui est consécutive. Avec Richter, il faut admettre que les hernies ombilicales surtout les hernies volumineuses réductibles ou non, s'étranglent plus difficilement que les hernies crurales ou inguinales ; dans les éxomphales, les accidents ne se produisent pas non plus avec la même rapidité que pour les hernies plus petites, quelle qu'en soit la nature : le mécanisme n'en est pas le même ; il s'agit plutôt d'une obstruction intestinale de causes variées que d'un véritable étranglement, tel qu'il se forme par exemple dans les petites hernies inguinales mal contenues ; mais, dit Berger, « ces accidents pour s'établir avec plus de lenteur n'en sont peut-être que plus graves, une fois que l'occlusion intestinale est définitivement constituée. »

Dans une remarquable thèse de 1887, M. le docteur Boiffin, de Nantes, passe en revue les différentes causes pouvant produire l'obstruction dans les grosses

hernies adhérentes en général. L'observation LXVII de ce travail recueillie par M. Doyen, interne des hôpitaux, cite le cas d'une femme atteinte depuis trois ans d'une exomphale énorme et qui mourut après une intervention chirurgicale tardive ; l'autopsie vint démontrer qu'il s'agissait d'une occlusion due à l'arrêt dans l'intestin de corps étrangers alimentaires. De pareils faits sont rares, mais possibles ; il faut s'en souvenir.

L'occlusion par brides, adhérences, orifices accidentels, vices de position, est beaucoup plus fréquente ; dans ses mémoires de la société médicale d'observations, Cossy a parfaitement expliqué de quelle façon les adhérences en coudant l'intestin arrivaient à former un éperon, s'opposant au cheminement des excréta. Pour cet auteur, les adhérences limitées sont beaucoup plus dangereuses que les adhérences étendues ; ces dernières ne font qu'immobiliser l'intestin, les premières l'immobilisent et l'infléchissent en même temps, d'où occlusion intestinale : les unes et les autres, comme Cloquet l'a démontré, produisent parfois l'invagination. Par compression, par formation d'orifices accidentels dans lesquels s'engage l'intestin, les brides que l'on rencontre dans le sac des grosses hernies ombilicales adhérentes sont souvent aussi une cause d'obstruction.

Quant au rétrécissement dont M. le docteur Boiffin a parfaitement étudié le mode de formation, il arrive plus rarement à produire un arrêt complet des matières fécales ; il occasionne surtout les troubles digestifs.

dont nous avons parlé, troubles qui conduisent les malades à la consommation, à la mort, à moins qu'un accident plus aigu ne vienne hâter le dénouement.

Il faut signaler aussi comme possibles des accidents infectieux, la péritonite, la gangrène, qui auraient pour origine, dit M. le professeur Condamin, dans les archives provinciales de chirurgie, les ulcérations, l'eczéma, l'empétigo qu'il n'est pas étonnant de voir se produire dans le cas de grosses hernies ombilicales, chez des femmes chargées d'embonpoint.

Nous ajouterons avec M. le professeur Lucas Championnière que très souvent chez les hernieux, que la tumeur soit crurale, inguinale ou ombilicale, le diabète et l'albuminurie viennent assombrir le pronostic en annonçant une prochaine déchéance de l'organisme.

L'emphysème est encore une complication fréquente des grosses hernies ombilicales.

Par ce court aperçu on voit combien sont graves les accidents dont sont menacés les malades portant une grosse hernie ombilicale adhérente, combien sont nombreuses les causes d'obstruction intestinale. L'obstruction reconnue, il faut de toute nécessité tenter l'opération : si les accidents cessent parfois, c'est pour se reproduire bientôt plus menaçants ; il n'est permis d'avoir dans l'expectation que de très minimes espérances. Macdonald rapporte douze faits de non intervention, dans lesquels trois seulement ont été accompagnés de guérison, tandis que les neuf autres se sont terminés par la mort. Le traitement

chirurgical reste donc à peu près l'unique ressource ; malheureusement les opérations dans le cas de grosses hernies ombilicales adhérentes, *offrant les symptômes de l'obstruction intestinale*, ne donnent que de médiocres succès : la statistique est déplorable. Les tristes résultats qu'obtiennent le plus souvent les chirurgiens, dans de pareilles interventions, doivent certainement leur faire regretter de n'être pas intervenus avant la production des accidents, de s'être soumis à une fatale temporisation qu'on ne saurait trop déconseiller.

A la page 85 de sa thèse, M. le docteur Boiffin dit, en s'appuyant sur des faits cliniques : « Le pronostic est d'autant plus favorable que l'opération a été pratiquée à une époque plus rapprochée du début des accidents ». Il sera bien plus favorable encore, si l'opération est tentée *avant* le début de ces accidents : les chirurgiens doivent s'en souvenir.

CHAPITRE III

Description succincte de quelques procédés opératoire. — Omphalectomies.

Si certains chirurgiens s'exagèrent encore les contre-indications de la cure radicale dans le cas de grosses hernies ombilicales adhérentes, il faut reconnaître pourtant que cette opération est généralement admise.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue les nouvelles méthodes que l'antisepsie a permis de tenter. Après avoir rappelé l'insuffisance d'une simple kélotomie ou d'une cure radicale incomplète, nous dirons quelques mots des procédés opératoires les plus fréquemment suivis de nos jours ; nous décrirons ensuite l'intervention qu'il nous a été donné de voir très heureusement pratiquée et dans laquelle des observations cliniques nous permettent d'avoir confiance.

Si le chirurgien se décide à intervenir, c'est évidemment à une intervention radicale qu'il doit s'adresser. Si la simple kélotomie, rappelant le manuel opératoire des anciens, ne parvient pas bien souvent, même dans le cas de petites hernies, à donner des résultats définitifs, à plus forte raison en sera-t-il ainsi, quand il s'agira de grosses hernies adhérentes : une récurrence est toujours à craindre après une opéra-

tion incomplète. Il est du devoir des chirurgiens de prendre toutes les précautions pour assurer une guérison durable : M. Lucas Championnière insiste sur cette recommandation. « La cure radicale, a dit un maître éminent, n'est pas de la chirurgie pour tout le monde. » « Si plusieurs en nient l'efficacité, c'est, ajoute M. Lucas Championnière, qu'ils la font trop incomplètement pour qu'il leur soit possible d'obtenir des résultats sérieux et définitifs ;la cure radicale ne paraît pouvoir être pratiquée couramment que par des chirurgiens rompus à la chirurgie abdominale. »

Pendant de longues années, les succès furent médiocres, les récidives fréquentes. En 1866, M^r le professeur Duplay écrivait : « La guérison des hernies ombilicales au moyen de bandages est exceptionnelle chez l'adulte, et, à ce seul point de vue, on peut dire qu'une opération de cure radicale est *peut-être* indiquée ; on peut la tenter dans certains cas. » Cette phrase exprime la plus grande réserve ; elle dénote une bien faible confiance.

A l'apparition de la méthode listérienne renaît l'initiative chirurgicale. Riésel, Nüsbaum, Czerny, Socin proposent des interventions plus complètes que celles pratiquées jusqu'alors ; quoique imparfaites, leurs méthodes donnent souvent des guérisons définitives. Voici en quelques mots, d'après la thèse de Mestral (de l'opération radicale de la hernie ombilicale ; Lausanne 1881), comment opère Socin :

Après dissection, isolement et ablation du sac, il excise l'épiploon adhérent, préalablement divisé en

tronçons qui sont liés avec des fils de soie ; ces pédicules réduits, il avive l'anneau fibreux, ferme la plaie par trois plans de suture, le premier péritonéal, le second aponévrotique, le troisième cutané. M. Segond pense que l'avivement de l'anneau n'est pas toujours nécessaire. « Il faut, dit-il, aviver l'anneau, si on a pu séparer le collet du sac ; si cette dissection n'a pu se faire, il ne faut pas aviver. » M. Berger conseille, après ablation du sac jusqu'au delà de son collet avec ligature de ce dernier et suture du trajet herniaire, l'avivement des bords de l'anneau. MM. Tillaux et Terrier partagent cette opinion ; ils traitent la plaie faite par la cure radicale d'une hernie ombilicale, comme une plaie de laparotomie.

Avant de décrire l'omphalectomie, nous résumerons le procédé opératoire de M. Lucas Championnière, dont l'autorité est si grande en pareille question.

Pour ce chirurgien, l'incision peut être droite ou courbe ; une de ses extrémités doit découvrir largement le pédicule, c'est-à-dire l'orifice herniaire ; une incision courbe est souvent plus avantageuse ; elle permet une excision judicieuse des parties de peau exubérantes.

Dans le sac, la dissection doit être faite avec la plus grande prudence : il faut user parfois de toutes sortes d'artifices. Pour pouvoir détacher l'épiploon de la partie libre, vers la partie adhérente, on fend largement l'orifice herniaire, on arrive sur l'épiploon libre dans le ventre ; on libère alors de haut en bas ;

on l'étale sur des compresses avant de procéder à son excision. Après avoir détaché, quand elles existent, les adhérences de l'épiploon et de l'intestin à l'anneau, on a en mains un sac plus ou moins considérable; on rompt les liens d'union à l'anneau fibreux, puis on lui fait subir des tractions, de manière à effacer au-dessus de la fermeture qui va être faite, tout infundibulum.

Suivant ce cas, M. Lucas Championnière ferme le sac de trois façons différentes; il résèque ensuite toute la séreuse au-delà des fils.

Reste alors à consolider la paroi abdominale: pour cela il faut réunir les parties fibreuses constituant la périphérie de l'anneau qui enserrait la hernie: par des sutures à points séparés, faites avec de bon catgut, on obtient facilement ce rapprochement. Quelques points de renfort ne traversant pas toute la paroi abdominale sont passés par dessus les premiers. Pour la peau, points de sutures superficiels et profonds placés alternativement.

Avec ce procédé, avec ceux de Routier, de Sanger-Lawson-Tait, il arrive fréquemment encore d'observer des récidives. Par l'omphalectomie suivie d'une suture à trois étages, nous croyons pouvoir compter sur une guérison définitive; les résultats immédiats autorisent ces espérances.

Omphalectomie

L'omphalectomie (*excision de l'orifice fibreux de l'anneau ombilical*) est actuellement le procédé idéal de la cure radicale des hernies de l'ombilic. Ce que l'opérateur recherche dans la cure radicale, c'est l'occlusion complète et durable de l'orifice qui a livré passage aux organes herniés. Pour arriver à ce but deux manœuvres opératoires successives sont nécessaires :

1° La dissection et l'ablation du sac en faisant porter la section du collet aussi haut que possible du côté de la cavité abdominale ;

2° Le rapprochement des bords de l'anneau fibreux.

Pour obtenir un rapprochement définitif, le chirurgien doit aviver les bords de l'anneau fibreux : entre des tissus avivés et accolés, surtout quand ils sont similaires, il s'établit bien vite un travail cicatriciel d'où résulte ordinairement une soudure complète et solide. Au contraire un rapprochement pur et simple sans avivement, la suture de tissus fibreux rigides comme le sont ceux qui forment la contexture d'un anneau herniaire, ne peuvent donner que de médiocres résultats, l'occlusion ne saurait être définitive ; après l'enlèvement ou la résorption des fils, on a tous les risques de voir l'écartement se reproduire.

Les chirurgiens ont déjà tenté avec plus ou moins

de succès d'obvier à cet écartement ultérieur, en ce qui concerne les orifices, crural et inguinal ; malgré de larges avivements, les récidives ont été fréquentes. Pour l'orifice ombilical le succès nous semble beaucoup plus facile à obtenir ; il ne s'agit plus comme pour la hernie inguinale d'un long trajet à oblitérer, il n'y a pas à redouter comme dans une opération de hernie crurale le voisinage de gros vaisseaux. Ici l'anneau herniaire est facilement accessible, la dissection sauf dans quelques cas exceptionnels (voir observation VI) en est possible et relativement aisée ; le chirurgien se trouve en présence d'une véritable petite laparotomie. La suture abdominale par les procédés récents met à l'abri d'une éventration ultérieure ; une suture en surget faite à la soie préalablement stérilisée, comprend dans un premier plan le péritoine, dans un second la couche aponévrotique ; pour la peau, les sutures doivent être faites au crin de Florence, et à points séparés.

Nous venons de dire que l'omphalectomie peut, dans certains cas, ne pas être praticable. L'observation VI nous fournit un exemple d'une grande difficulté que l'on rencontre parfois ; il s'agissait ici d'adhérences épiploïques très étendues non-seulement dans la partie herniée, mais au pourtour du vaste anneau par lesquels était engagée la tumeur : il en existait même profondément entre l'épiploon et le péritoine péri-ombilical. Dans ces conditions particulières, il a paru plus prudent à M. de Larabrie de renoncer à l'omphalectomie. On peut compter toutefois sur d'excellents

résultats ; les bords de l'anneau qui purent être rapprochés et complètement affrontés par des sutures profondes, présentaient un degré tellement accentué d'irritation péritonéale chronique indiquée du reste par les adhérences, qu'il y a lieu de croire à la formation d'un très solide tissu cicatriciel capable de maintenir l'occlusion d'une manière définitive.

Ces quelques réflexions à l'appui de trois omphalectomies pratiquées par M. le docteur de Larabrie, n'ont évidemment qu'une valeur spéculative, car nous n'avons pu suivre nos malades que quelques semaines après l'opération. Ce que nous tenons à dire et ce que l'on peut affirmer, c'est la possibilité et les bons effets immédiats d'un procédé qui paraît devoir être adopté de plus en plus.

Les documents cliniques ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il soit permis de pouvoir tirer des conclusions formelles sur la valeur de l'omphalectomie. Quoiqu'il en soit, on peut dire avec M. le professeur Condamin « qu'il s'agit d'une modification reposant sur l'expérience acquise dans ces derniers temps, à savoir la supériorité des sutures à plusieurs étages dans la réunion des plaies de la paroi abdominale. Quant à l'omphalectomie, elle est la conséquence de la proposition précédente, car sans elle, cette suture n'est pas possible ou du moins ne peut se faire dans les conditions requises pour qu'elle assure une contention parfaite ».

Si maintenant on se demande quelle est à l'heure actuelle le pronostic des interventions pour hernies

ombilicales adhérentes, quelle que soit la méthode opératoire employée, omphalectomie ou autres, on peut affirmer, en s'appuyant sur des observations cliniques, qu'il ne présente plus la gravité d'autrefois.

M. Lucas Championnière a opéré 12 hernies ombilicales à peu près toutes dans de mauvaises conditions, « hernies énormes, très anciennes, avec des adhérences très étendues, et souvent des accidents très graves ; » toutes ses malades ont guéri sans exception.

Depuis 1879, Sanger a 29 fois pratiqué la cure radicale pour hernies ombilicales adhérentes ; il n'a déploré qu'un seul cas de mort.

Dans ces dernières années, MM. de Larabrie, Malherbe, Poisson, n'ont eu que 7 fois l'occasion de tenter des interventions de cette nature ; ces chirurgiens se sont trouvés à différentes reprises en présence de grandes difficultés opératoires : ils n'ont pourtant obtenu que des succès (1).

La statistique est, on le voit, excellente : 1 seul cas de mort sur 48 opérations. L'excision de l'anneau fibreux ou omphalectomie ne paraît assombrir en rien le pronostic ; les suites opératoires ont été, dans ces conditions, aussi bonnes que possible. (Voir observations).

(1) Dans les archives provinciales de chirurgie, M. le professeur Condamin cite plusieurs interventions pratiquées pour hernies ombilicales et qui se sont heureusement terminées.

Ces remarquables résultats qu'une main habile sait obtenir, doivent encourager. Ce n'est que dans quelques circonstances très exceptionnelles que la chirurgie aseptique reste désarmée devant les grosses hernies ombilicales adhérentes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Hernie ombilicale irréductible, volume moyen. Opération. Omphalectomie. Guérison, par M. de Larabrie, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes.

M^{me} S..., 42 ans, de la Chapelle-basse-Mer, nous est adressée par son médecin pour une hernie ombilicale dont elle est atteinte depuis deux ans. Cette femme qui a eu plusieurs enfants présente en outre un prolapsus vaginal prononcé, consécutif à une déchirure incomplète du périnée. Elle est extrêmement grasse depuis un certain nombre d'années. Sa hernie d'abord réductible ne peut plus être maintenue depuis environ un an. Elle n'a pas présenté jusqu'ici d'accidents herniaires sérieux, mais elle souffre et ne supporte plus de bandage.

A l'examen on constate que la hernie présente une forme allongée de haut en bas, sur une longueur de huit centimètres environ. Le contenu semble empâté, mollassé, vraisemblablement épiploïque.

Nous proposons l'opération qui est acceptée et pratiquée le 12 mai 1892.

A l'ouverture du sac, l'épiploon se présente recouvrant une anse intestinale que nous voyons par transparence ; il est adhérent sur de nombreux points et d'une dissection assez laborieuse : peu à peu, le doigt et les ciseaux parviennent à le détacher. L'anse intestinale mise

à découvert est refoulée dans l'abdomen, sans débridement et sans difficulté sérieuse.

Nous continuons la libération complète de l'épiploon encore adhérent au niveau de l'orifice. Ligature du pédicule épiploïque, section et rentrée de ce dernier dans l'abdomen. L'omphalectomie peut-être ensuite pratiquée sans difficulté.

Suture à trois étages. La malade était guérie au bout de 10 jours.

OBSERVATION II (inédite)

Hernie ombilicale volumineuse, irréductibilité. Opération. Omphalectomie. Guérison, par M. de Larabrie.

X..., religieuse, âgée de 54 ans, porte depuis cinq ans une grosse hernie ombilicale. Cette malade qui est devenue très grasse, avec abdomen retombant, n'a jamais eu d'accidents sérieux ; elle se plaint seulement de douleurs assez fréquentes du côté de la hernie, qui par son volume la gêne considérablement dans l'exercice de ses fonctions de sœur hospitalière. Tous les bandages portés jusqu'alors n'ont aucunement amélioré cette situation pénible. Depuis trois ans, la hernie est irréductible et augmente peu à peu de volume. La sœur X... demande elle-même l'opération.

La hernie présente à peu près le volume d'un gros poing d'adulte ; elle donne la sensation d'un contenu épiploïque ; à son niveau, la peau est le siège d'un ancien erithème, présentant en différents endroits un certain degré d'excoriations qui laissent suinter un liquide séropurulent.

Après quelques jours de repos, pendant lesquels la malade prend plusieurs bains et une purgation, l'opération est pratiquée le 21 juin 1891 à l'hôpital de Chantenay. Le champ opératoire en raison des lésions cutanées susmentionnées, est soumis à une désinfection aussi rigoureuse que possible.

A l'ouverture du sac on rencontre une grosse masse épiploïque, extrêmement grasse, ne présentant que quelques adhérences assez anciennes. Pas d'intestin hernié. La libération du paquet épiploïque est en somme assez facile; il est attiré un peu en dehors de façon qu'il soit possible de placer plusieurs ligatures sur le pédicule. Section et réintégration du pédicule dans l'abdomen, après un débridement en haut de l'anneau ombilical.

(Nous avons été frappés de la différence qui existait entre les dimensions relativement minimes, (4 1/2 centimètre au plus de diamètre), de l'orifice ombilical, et celles de l'énorme masse étalée dans le sac).

Le sac est décollé, puis excisé au niveau de l'anneau. Après excision de ce dernier, nous appliquons la suture à trois étages de Pozzi, sur la plaie abdominale, non sans avoir préalablement enlevé une certaine portion de peau malade, comprenant la cicatrice ombilicale.

Les suites immédiates furent bonnes. Toutefois au bout du quatrième jour, il se développa à la partie inférieure de la plaie un abcès d'une certaine étendue que nous dûmes ouvrir et drainer. Cet abcès était heureusement sous cutané. Nous croyons devoir l'attribuer à l'état de la peau du champ opératoire que malgré toutes nos précautions, nous n'avions pu vraisemblablement désinfecter d'une manière absolue. La cicatrisation des parties superficielles fut retardée de quelques jours. Ce contre-

temps du reste n'a compromis en rien la cicatrisation des parties profondes.

Au bout d'un mois, la malade complètement rétablie quitte l'hôpital de Chantenay.

OBSERVATION III (inédite)

Hernie ombilicale adhérente ; volume moyen ; formation ancienne. Accidents antérieurs. Omphalectomie. Guérison, par M. de Larabrie.

La femme M..., âgée de 63 ans, habitant la campagne. a eu plusieurs enfants. Sa santé générale est bonne ; elle n'est pas sujette aux bronchites ; elle a un peu d'embonpoint.

Cette femme porte une hernie ombilicale depuis une époque impossible à préciser exactement. Notre interrogatoire, ainsi que celui de son médecin habituel ne peut fixer à cet égard qu'un seul point, à savoir qu'au moment de son mariage, il y a 32 ans, elle ne portait pas cette hernie. Quoiqu'il en soit, le début de la tumeur herniaire, remonte à une date ancienne, peut-être à une vingtaine d'années ; l'irréductibilité doit exister au moins depuis dix ans : il n'a jamais été porté de bandage.

Les réponses de cette femme sont heureusement plus explicites en ce qui concerne certains détails importants à connaître. Il y a cinq ans, en 1885, elle fut prise d'accidents ou plutôt d'une première série d'accidents qui durèrent environ six mois. Ces accidents relativement légers, consistèrent en une constipation opiniâtre (notre malade resta une fois six jours sans aller à la selle), s'accompagnant de douleur et de gonflement de la hernie. Le repos et des purgatifs répétés eurent finalement raison de cette

première crise. Quelques mois après, seconde crise présentant des caractères à peu près analogues, mais d'une durée moindre ; l'exomphale cette fois a augmenté de volume.

Pendant les cinq années qui suivirent, rien à signaler, qu'un léger accroissement de volume de la hernie, lorsque le 5 mai 1890 des accidents plus sérieux se déclarèrent : après une période prodromique de quelques jours, caractérisée par de la douleur et une constipation assez opiniâtre, des symptômes d'obstruction, vomissements, ballonnement du ventre, se manifestèrent.

Je fus appelé auprès de la malade ; à mon arrivée la crise venait de céder encore une fois, à la suite d'une injection de morphine pratiquée par le médecin de la localité. Toutefois, malgré l'amélioration très notable que je constatai, j'attirai l'attention de mes confrères sur la nature et le point de départ des accidents que présentait notre malade et nous proposâmes immédiatement la ksélotomie ; elle fut acceptée et pratiquée séance tenante.

La tumeur à ce moment présentait le volume d'un petit œuf de poule ; elle était un peu tendue, mais de consistance mollassse, donnant la sensation d'un contenu surtout épiploïque. La peau était saine à ce niveau.

L'incision de l'enveloppe herniaire ne présenta aucune particularité. L'ouverture du sac porta sur un point adhérent dont la dissociation avec les doigts fut impossible ; je dus employer les ciseaux et laisser accolés à la surface interne du sac des fragments de fines adhérences. Je pus ainsi, tantôt avec les doigts, tantôt avec l'instrument tranchant détacher complètement l'épiploon ; au-dessous de lui se trouvait une portion herniée d'anse intestinale, recouverte de quelques adhérences épiploïques qu'il me fallut sectionner aux ciseaux. Le pourtour de l'orifice du

collet était complètement libre, mais d'un diamètre trop étroit pour qu'il soit possible de faire facilement rentrer dans l'abdomen la masse intestino-épiploïque. Je sectionnai alors, en façonnant mon pédicule dans l'abdomen, l'épiploon hernié ; l'anse intestinale put rentrer sans difficulté, après un débridement de l'anneau sur la ligne médiane.

Il restait à pratiquer l'occlusion de l'orifice herniaire. Cette occlusion tentée seulement par le rapprochement et la suture des bords de l'anneau ne présentant aucune trace d'irritation, semblait devoir aboutir à un résultat illusoire. Aussi je me décidai à inciser purement et simplement l'orifice fibreux, de telle sorte que les bords avivés de cette plaie longitudinale présentaient l'aspect non plus d'une circonférence, mais d'une fente verticale. Je pratiquai ensuite une suture à deux étages au crin de Florence.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier ; les fils furent enlevés au bout de dix jours et la malade rapidement rétablie.

OBSERVATION IV (inédite)

Hernie ombilicale adhérente. Opération. Guérison par M, le Dr Poisson.

Le nommé X..., âgé de 70 ans, obèse jadis, a maigri depuis quelques mois ; il présente une hernie ombilicale irréductible, un peu plus grosse qu'un œuf ; aucun bandage n'a été porté. Cet homme est alcoolique. Pendant longtemps il eut à se plaindre d'accidents survenant par intermittence, de troubles digestifs se manifestant par des vomissements et des douleurs, quand tout-à-coup se pro-

duisirent des symptômes d'obstruction intestinale. L'opération fut de suite pratiquée. Le sac contenait de l'épiploon et de l'intestin avec de nombreuses adhérences : la libération de l'anse intestinale fut relativement facile. Suture du sac. Trois plans de sutures superposées.

Le soir de l'intervention, le malade fut pris d'un hoquet qui persista trois jours ; pendant ce temps la nutrition fut impossible, les jours du malade en danger.

La médication antispasmodique triompha enfin de cet accident bizarre ; la guérison se fit dès lors sans encombre.

OBSERVATION V (inédite)

Hernie ombilicale irréductible, volume moyen ; opération. Guérison, par M. le docteur Poisson.

La femme X..., âgée de 42 ans est obèse, a de l'entéroptose.

Il y a 14 ans, à la suite d'un accouchement, elle fut atteinte d'une hernie ombilicale. Cette hernie pendant longtemps n'occasionna que des troubles peu sérieux, quelques douleurs intermittentes, quelques tiraillements.

Il y a deux ans, des accidents plus graves se produisirent ; la malade eut des vomissements, et ressentit au niveau de la hernie de très vives douleurs.

Ces symptômes, dans l'espace de 7 mois, se manifestèrent à plusieurs reprises ; c'est alors que M. le docteur Poisson, se décida à l'intervention ; des phénomènes d'occlusion intestinale ne permettaient plus du reste de temporiser.

L'opération fut pratiquée il y a 48 mois ; le sac ne contenait que de l'épiploon adhérent qui fut dissocié,

lié, réséqué. Suture du sac. Trois plans de sutures superposées. Guérison rapide.

OBSERVATION VI (inédite)

Hernie ombilicale adhérente ; gros volume. Opération par M. de Larabrie. Guérison (personnelle).

La femme M... est atteinte d'une hernie ombilicale grosse comme un cerveau d'adulte environ. Cette hernie a débuté il y a 15 ans à la suite d'un effort fait par la malade pour soulever un volumineux paquet de linge. Pendant 14 ans la tumeur herniaire a pu sous la pression manuelle, rentrer dans l'abdomen : depuis six mois, ses dimensions ont augmenté de moitié ; elle a cessé d'être réductible.

Au palper on y sent manifestement et surtout en deux points des brides résistantes épiploïques, reliant entre elles les anses intestinales herniées. La sonorité très nette que donne la percussion, dénote la présence de l'intestin dans le sac.

La peau qui recouvre la hernie est très amincie ; au point le plus acuminé, se remarque une ulcération cutanée, de largeur d'une pièce de 4 franc, et due sans doute aux frottements d'un bandage mal conformé.

A signaler aucun accident, aucun trouble digestif ; la santé de la femme M... est restée excellente.

Il y a trois ans, notre malade a refusé l'intervention ; aujourd'hui son travail de blanchisseuse, lui est devenu très pénible, aussi la réclame-t-elle avec instance.

Après avoir pris les plus grandes précautions anti-septiques, après avoir attendu la cicatrisation de la plaie cutanée, M. de Larabrie est intervenu en février 1892.

Incision de la peau, ouverture du sac, décollement et

excision de l'épiploon ; il fallut en laisser des parties adhérentes au sac.

Rentrée difficile de l'intestin ; un débridement de l'orifice qui était large comme une pièce de 5 francs, fut nécessaire, pour permettre la réintégration du gros intestin dans l'abdomen.

OBSERVATION VII (inédite)

Hernie ombilicale volumineuse et adhérente. Accidents répétés ; cure radicale, guérison par le docteur A. Malherbe, professeur à l'Ecote de médecine de Nantes.

Le 24 septembre au soir, je suis appelé par le docteur Pérochaud près de madame H.,, âgée de 55 ans, Il y a 4 ans à la suite d'une couche, madame H... remarqua une petite hernie ombilicale. Cette hernie qui ne fut jamais bien contenue, grossit peu à peu. Dans ces dernières années, notre malade a présenté trois ou quatre fois, (il est difficile de la faire préciser) des accidents d'étranglement passager, douleurs, vomissements, etc. Depuis quelques jours est survenue une série d'accidents plus menaçants ; à dater du 24 septembre, vomissements répétés, plus de selles, ni matières, ni gaz. Depuis deux jours le docteur Pérochaud insiste vainement pour faire accepter une intervention chirurgicale. Enfin le 24 septembre, les vomissements bilieux se multiplient, l'état paraît s'aggraver : à dix heures du soir on me fait appeler.

Vers 10 heures 1/2 je vois la malade qui est beaucoup mieux depuis une piqûre de morphine que lui a faite le docteur Pérochaud. Le pouls est large, la face n'est pas grippée, les douleurs ont disparu.

L'état local est le suivant : l'ombilic très creux, au

moins 3 centimètres, se présente sous forme d'une fente courbe à concavité inférieure. Au dessous de cette fente, on sent une tumeur assez volumineuse constituée par une hernie dans laquelle il y a manifestement de l'intestin. Toute réduction est impossible. Madame H... effrayée par la tournure qu'ont pris les accidents, consent à une opération. Les symptômes menaçants ayant disparu grâce à la morphine, nous la remettons au lendemain; nous jugeons qu'elle sera laborieuse. Nous faisons transporter madame H..., dont l'appartement est très sombre, dans une maison où nous aurons toute la clarté et tout l'espace nécessaires.

Le 25 septembre, nous procédons à l'opération avec l'aide du docteur Pérochaud et de M. H. Malherbe, interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, chargé du chloroforme. Après une antiseptie soignée, nous faisons une incision médiane de huit centimètres environ, partant de l'ombilic et descendant vers le pubis. Nous tombons tout de suite sur le sac qui n'est séparé de la peau que par une très mince couche de graisse. Le sac est ouvert. Il contient gros comme le poing d'épiploon et une anse d'intestin. Ce sac présente une paroi formée de petites bandelettes fibreuses nacrées, entrecroisées dans tous les sens et visibles à travers la séreuse, ce qui donne à cette paroi un aspect curieux et vraiment élégant. L'épiploon offre de très nombreuses adhérences avec la paroi du sac et une adhérence très importante avec l'anse d'intestin grêle que l'on voit au fond de la plaie. La dissection en est fort pénible. Il faut lier à la soie, en 6 chefs au moins, le large pédicule de l'épiploon avant de le couper. Après nous être assurés qu'aucun de ces moignons ne saigne, nous essayons de réduire. Alors nous constatons qu'il existe encore une adhérence épiploïque; nous la coupons entre deux ligatures. La réduction peut dès lors être faite à travers l'an-

neau qui mesure de 2 1/2 à 3 centimètres de diamètre et qui est bien l'anneau ombilical.

Nous procédons ensuite à la libération du sac. Cette manœuvre est encore assez laborieuse ; elle s'exécute bien sur les côtés, mais on est gêné en bas par le cordon des vaisseaux ombilicaux, en haut par l'adhérence et la minceur de la peau du nombril. De plus, la malade étant très grasse, nous travaillons au fond d'un entonnoir de 7 à 8 centimètres de profondeur. Nous ne réussissons pas à attirer le sac en dehors de l'anneau. Nous faisons une suture du sac en bourse, puis une sorte de capitonnage et nous refoulons le petit moignon ainsi obtenu au-dessous de l'anneau que nous recousons très solidement au catgut. Nous faisons ensuite une suture de la graisse, puis une suture de la peau par 3 points profonds et une quinzaine de points superficiels. Pansement à l'iodoforme. Durée de l'opération : 2 h. 1/2.

Le soir, pouls 100 ; la malade se trouve très fatiguée. Elle n'a pas vomi dans la journée. Grog glacé, champagne,

Lundi 26 septembre. 2^e jour.

Le matin, P. 110. TA 38°5.

A 4 h. P. 114. TA 38°7.

A 9 h. soir P. 116. TA 38°2.

Le ventre assez ballonné le matin est plus souple le soir. La respiration est gênée, il y a des nausées, des efforts pour vomir. Le phénomène qui prédomine est la nausée qui n'est point calmée par une potion de menthol. A 9 heures, on fait une piqûre de morphine. La malade a rendu des gaz par l'anus à différentes reprises. La physiologie est fatiguée ; la voix est bonne, nullement cassée.

Mardi 27 septembre, 3^e jour.

A 8 heures 1/2 matin T. A. 37° 8.

A 8 heures 1/2 soir T. A. 38° 3.

Le pouls varie de 108 à 114 avec des irrégularités ; les pulsations viennent trois par trois ; entre chaque groupe de 3, il y a un arrêt.

Vers 9 heures 1/2 du matin on donne un lavement purgatif de 300 grammes, avec 8 grammes de séné et 25 grammes de sulfate de soude. Vers 10 heures le lavement est rendu seul.

Vers midi madame H... rend des matières dures et molles mêlées ; de 4 à 5 heures du soir, nouvelle garde-robe. L'état est visiblement meilleur. Il y a toujours des nausées, des vomissements de salive et de glaires, des émissions nombreuses de gaz par la bouche et par l'anus. Le soir on donne un lavement glycérimé.

Mercredi 28 septembre, 4^e jour.

La malade n'ayant pas eu de piqûre de morphine a passé une nuit très agitée : elle a été à la selle vers 3 heures du matin.

Pouls à 8 heures 1/2 : 104 à 108 ; T. A. 37° 3.

le soir : 102 à 104 ; T. A. 37° 5.

Il y a toujours beaucoup de nausées. La malade est impatiente ; elle veut qu'on la change de lit, ce qui est fait.

Lavement boriqué et glycérimé.

Jeudi 29 sept. 5^e jour.

Pouls 90-96 T. A. 37° 5.

Beaucoup mieux, ventre souple et indolore. Il y a encore quelques nausées, même lavement.

Vendredi 30 sept. 6^e jour.

On donne 40 gr. d'huile de ricin : 4 selles dans la journée.

Pouls 80 à 96. T. A. 38° le matin.

T. A. 38° 3 le soir.

Nous n'avons pas saisi la cause de cette légère ascension du thermomètre.

Samedi 1^{er} octobre, 7^e jour.

La malade est très bien. Elle mange un peu.

Pouls le matin 78. T. A. 37° 4.

le soir 88. T. A. 37° 5.

Disparition totale des nausées.

6 octobre 10^e jour.

Ablation à la cocaïne de trois loupes du cuir chevelu.

12 octobre 18^e jour.

La malade se lève depuis hier ; elle est parfaitement bien.

13 octobre 19^e jour.

M^{me} H... munie d'un bandage retourne chez elle.

27 octobre : nous avons eu de ses nouvelles ; elle est complètement rétablie.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies ombilicales adhérentes déterminent des accidents en tous points semblables à ceux des autres hernies inguinales ou crurales.

II. — Il y a donc lieu de leur appliquer, sauf en quelques cas exceptionnels, le traitement chirurgical des hernies irréductibles en général.

III. — Grâce au progrès de l'asepsie, ce traitement chirurgical autrefois d'un pronostic très grave, tend à devenir de plus en plus bénin.

IV. — L'intervention doit consister dans la cure radicale et le procédé de choix est l'omphalectomie.

V. — L'omphalectomie ne paraît pas aggraver le pronostic opératoire.

Vu : le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

neau qui mesure de 2 1/2 à 3 centimètres de diamètre et qui est bien l'anneau ombilical.

Nous procédons ensuite à la libération du sac. Cette manœuvre est encore assez laborieuse ; elle s'exécute bien sur les côtés, mais on est gêné en bas par le cordon des vaisseaux ombilicaux, en haut par l'adhérence et la minceur de la peau du nombril. De plus, la malade étant très grasse, nous travaillons au fond d'un entonnoir de 7 à 8 centimètres de profondeur. Nous ne réussissons pas à attirer le sac en dehors de l'anneau. Nous faisons une suture du sac en bourse, puis une sorte de capitonnage et nous refoulons le petit moignon ainsi obtenu au-dessous de l'anneau que nous recousons très solidement au catgut. Nous faisons ensuite une suture de la graisse, puis une suture de la peau par 3 points profonds et une quinzaine de points superficiels. Pansement à l'iodoforme. Durée de l'opération : 2 h. 1/2.

Le soir, pouls 100 ; la malade se trouve très fatiguée. Elle n'a pas vomi dans la journée. Grog glacé, champagne,

Lundi 26 septembre. 2^e jour.

Le matin, P. 110. TA 38°5.

A 4 h. P. 114. TA 38°7.

A 9 h. soir P. 116. TA 38°2.

Le ventre assez ballonné le matin est plus souple le soir. La respiration est gênée, il y a des nausées, des efforts pour vomir. Le phénomène qui prédomine est la nausée qui n'est point calmée par une potion de menthol. A 9 heures, on fait une piqûre de morphine. La malade a rendu des gaz par l'anus à différentes reprises. La physiologie est fatiguée ; la voix est bonne, nullement cassée.

Mardi 27 septembre, 3^e jour.

A 8 heures 1/2 matin T. A. 37° 8.

A 8 heures 1/2 soir T. A. 38° 3.

Le pouls varie de 108 à 114 avec des irrégularités ; les pulsations viennent trois par trois ; entre chaque groupe de 3, il y a un arrêt.

Vers 9 heures 1/2 du matin on donne un lavement purgatif de 300 grammes, avec 8 grammes de séné et 25 grammes de sulfate de soude. Vers 10 heures le lavement est rendu seul.

Vers midi madame H... rend des matières dures et molles mêlées ; de 4 à 5 heures du soir, nouvelle garde-robe. L'état est visiblement meilleur. Il y a toujours des nausées, des vomissements de salive et de glaires, des émissions nombreuses de gaz par la bouche et par l'anus. Le soir on donne un lavement glycérimé.

Mercredi 28 septembre, 4^e jour.

La malade n'ayant pas eu de piqûre de morphine a passé une nuit très agitée : elle a été à la selle vers 3 heures du matin.

Pouls à 8 heures 1/2 : 104 à 108 ; T. A. 37° 3.

le soir : 102 à 104 ; T. A. 37° 5.

Il y a toujours beaucoup de nausées. La malade est impatiente ; elle veut qu'on la change de lit, ce qui est fait.

Lavement boriqué et glycérimé.

Jedi 29 sept. 5^e jour.

Pouls 90-96 T. A. 37° 5.

Beaucoup mieux, ventre souple et indolore. Il y a encore quelques nausées, même lavement.

Vendredi 30 sept. 6^e jour.

On donne 40 gr. d'huile de ricin : 4 selles dans la journée.

Pouls 80 à 96. T. A. 38° le matin.

T. A. 38° 3 le soir.

Nous n'avons pas saisi la cause de cette légère ascension du thermomètre.

Samedi 1^{er} octobre, 7^e jour.

La malade est très bien. Elle mange un peu.

Pouls le matin 78. T. A. 37° 4.

le soir 88. T. A. 37° 5.

Disparition totale des nausées.

6 octobre 10^e jour.

Ablation à la cocaïne de trois loupes du cuir chevelu.

12 octobre 18^e jour.

La malade se lève depuis hier ; elle est parfaitement bien.

13 octobre 19^e jour.

M^{me} H... munie d'un bandage retourne chez elle.

27 octobre : nous avons eu de ses nouvelles ; elle est complètement rétablie.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies ombilicales adhérentes déterminent des accidents en tous points semblables à ceux des autres hernies inguinales ou crurales.

II. — Il y a donc lieu de leur appliquer, sauf en quelques cas exceptionnels, le traitement chirurgical des hernies irréductibles en général.

III. — Grâce au progrès de l'asepsie, ce traitement chirurgical autrefois d'un pronostic très grave, tend à devenir de plus en plus bénin.

IV. — L'intervention doit consister dans la cure radicale et le procédé de choix est l'omphalectomie.

V. — L'omphalectomie ne paraît pas aggraver le pronostic opératoire.

Vu : le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Archives provinciales de chirurgie.* — Tome I ; n° 3. 1^{er} septembre 1892.
- Barrier.* — Thèse de Paris 1888-89. De la cure radicale des hernies ombilicales.
- Berger.* — Traité de chirurgie, tome 6, article : hernies.
- Boiffin.* — Thèse de Paris 1887. Hernies adhérentes au sac ; accidents ; thérapeutique.
- Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* années 1884 et 1875.
- Dechambre.* — Dictionnaire, tome 15, article ombilic.
- Dictionnaire de médecine.* — Tomes 15 et 22, 2^e édition, 1840, par MM. A. Bérard. H. Bérard etc., etc. ; articles : hernies et ombilic.
- Duplay.* — Thèse d'agrégation 1866. De la hernie ombilicale.
- Garnier.* — Thèse de Paris 1877. Accidents des hernies ombilicales.
- Gazette des hôpitaux de Paris,* 1892, page 927.
- Loupie.* — Thèse de Paris 1880. De l'opération de la hernie ombilicale étranglée.
- Lucas Championnière.* — 1^o De la cure radicale des hernies 1892 ; 2^o Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 octobre 1892.
- Macdonald.* — Operation for umbilical hernia at birth. Amer. journ. of obstetr., janvier 1890.
- Peyrot.* — Manuel de pathologie externe.
- Sanger.* — Sur radikaloperation grosser nicht eingeklem-

mter Wadelbrüche centralblf. Gynakol, 1890, t. XIV,
p. 473.

Segond. — Thèse d'agrégation, Paris 1883. Cure radicale
des hernies.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique. Région
ombilicale.

HENRI JOUVE
Imprimeur de la Faculté de Médecine
15, RUE RACINE, PARIS

BIBLIOGRAPHIE

Archives provinciales de chirurgie. — Tome I ; n° 3. 1^{er} septembre 1892.

Barrier. — Thèse de Paris 1888-89. De la cure radicale des hernies ombilicales.

Berger. — Traité de chirurgie, tome 6, article : hernies.

Boiffin. — Thèse de Paris 1887. Hernies adhérentes au sac ; accidents ; thérapeutique.

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, années 1884 et 1875.

Dechambre. — Dictionnaire, tome 15, article ombilic.

Dictionnaire de médecine. — Tomes 15 et 22, 2^e édition, 1840, par MM. A. Bérard. H. Bérard etc., etc. ; articles : hernies et ombilic.

Duplay. — Thèse d'agrégation 1866. De la hernie ombilicale.

Garnier. — Thèse de Paris 1877. Accidents des hernies ombilicales.

Gazette des hôpitaux de Paris, 1892, page 927.

Loupie. — Thèse de Paris 1880. De l'opération de la hernie ombilicale étranglée.

Lucas Championnière. — 1^o De la cure radicale des hernies 1892 ; 2^o Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 octobre 1892.

Macdonald. — Operation for umbilical hernia at birth. Amer. journ. of obstetr., janvier 1890.

Peyrot. — Manuel de pathologie externe.

Sanger. — Sur radikaloperation grosser nicht eingeklem-

inter Wadelbrüche centralblf. Gynakol, 1890, t. XIV,
p. 473.

Segond. — Thèse d'agrégation, Paris 1883. Cure radicale
des hernies.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique. Région
ombilicale.

HENRI JOUVE

Imprimeur de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, PARIS
